

Джериева И.С. , Волкова Н.И. , Бровкина С.С. , Решетников И.Б.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

АНЕМИЯ КАК ПЕРВОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ ОПУХОЛИ ЖЕЛУДКА

Целью описания данного клинического случая является демонстрация неспецифических проявлений нейроэндокринной опухоли (НЭО), необходимость настороженности врачей всех специальностей относительно данной патологии

Клинический случай: Пациентка А. 41 года обратилась к терапевту с жалобами на общую слабость, утомляемость, снижение работоспособности, периодическую шаткость походки, онемение правой кисти. Жалобы беспокоили периодически в течение года, обратилась на прием в связи с их ухудшением. Пациентка была направлена на консультацию невролога, а также общий анализ крови. По результатам неврологического осмотра, выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга и шейного отдела позвоночника, которая выявила очаги демиелинизации. Анализ спинномозговой жидкости показал наличие олигоклональных IgG, что подтвердило диагноз рассеянный склероз (РС). Общий анализ крови выявил нормохромную нормоцитарную анемию средней степени тяжести (гемоглобин 85 г/л), рекомендовано выполнение диагностического поиска для уточнения причин. Пациентка посетила гинеколога, выполнила ЭФГДС, анализ кала на скрытую кровь, флюорографию органов грудной клетки через 6 месяцев после установления диагноза РС, т.к. слабость и усталость не уменьшались. По результатам ЭФГДС: эндоскопические признаки гастрита, полип тела желудка до 0,8 см. Гистологическое заключение: хронический поверхностный слабо выраженный антральный гастрит без активности, в слизистой желудка альвеолярные и трабекулярные структуры из мелких гиперхромных клеток, подозрительных на НЭО. Произведена повторная оценка микропрепаратов: выявлены комплексы опухоли преимущественно железисто-трабекулярного строения, представленные мономорфными клетками с округлым ядрами с мелкодисперсным хроматином, единичными митозами. Морфологическая картина характера для НЭО. Выполнен иммуногистохимический анализ: цитоплазматическая реакция на хромогранин А, синаптофизин, пан-цитокератин обнаружена. Ki-67 – ядерная реакция в 2% опухолевых клеток. На основании полученных данных установлено: НЭО, grade 1. Пациентке выполнено эндоскопическое удаление опухоли. Через год после удаления НЭО гематологические показатели без отклонений.

Заключение. Нейроэндокринная опухоль – часто упускаемое из вида состояние. Приведенный клинический случай демонстрирует важность приверженности алгоритму обследования при поиске причин анемического синдрома. Несмотря корректный план обследования, выявление РС сильно отсрочило диагностический поиск - пациентка списывала жалобы на слабость и утомляемость только на РС и откладывала дальнейшее обследование. Стоит отметить грамотную работу морфологической службы. Однако не была проведена оценка гормональной активности опухоли и контрольное исследование уровня гормонов тех органов, которые могли бы быть вовлечены в патологический процесс (гипофиз, паращитовидные железы). Выполнение этих тестов необходимо, так как с описанная клиническая ситуация вполне может быть стартом синдрома множественной эндокринной неоплазии-1 и, следовательно, потребовать обследования родственников пациентки. Таким образом, описанный клинический случай наглядно демонстрирует необходимость значительного повышения осведомленности и приверженности к верной диагностической и лечебной тактике ведения пациентов с нейроэндокринными опухолями.

Джериева И.С.
dgerieva@yandex.ru,
+7 918 516-93-09